

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 23 Mai 1900, à 1 heure

PAR

E. ROBERT

Contribution à l'Étude clinique

DE

L'Ostéo-Sarcome de l'Os Iliaque

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : { MM. KIRMISSON, } *agréés.*
 { RÉMY, }
 { LEJARS, }

*Le Candidat répondra en outre aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

PARIS

GEORGES CARRÉ & C. NAUD, ÉDITEURS
3, Rue Racine, 3

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

Année 1890

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 10 mai 1890, à 1 heure

PAR

Contraire à l'étude clinique

L'Osier-Sacrum de l'Os iliaque

Président, M. J. L. J. J. J.

M. J. J. J. J.

M. J. J. J. J.

M. J. J. J. J.

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront posées
sur les divers points de l'enseignement médical.

PARIS

GEOFFROY LARRE & C. MAISON FONDÉE

3, Rue de la Harpe, 3

1890

37
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 23 Mai 1900, à 1 heure

PAR

E. ROBERT

Contribution à l'Étude clinique

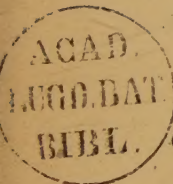
DE

L'Ostéo-Sarcome de l'Os Iliaque

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : { MM. KIRMISSON, { agrégés.
RÉMY,
LEJARS, }

*Le Candidat répondra en outre aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical*



PARIS

GEORGES CARRÉ & C. NAUD, ÉDITEURS
3, Rue Racine, 3

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	TERRIER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	N.
Clinique médicale.....	CHANTEMESSE.
Clinique des maladies des enfants.....	ROTAÏN.
Clinique des maladies syphilitiques.....	JACCOUD.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	HAYEM.
Clinique des maladies nerveuses.....	DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.....	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.....	FOURNIERr
Clinique des voies urinaires.....	JOFFROY.
Clinique d'accouchement.....	RAYMOND.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	PANAS.
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MÉNÉTRIÉR.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MÉRY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRAIN.	LANGLOIS.	SÉBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	THIÉRY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques: M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

CHIRURGIEN DE LA CHARITÉ

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

L'ostéosarcome de l'os iliaque est une affection relativement rare. C'est une des moins fréquentes parmi les localisations du sarcome des os. Plusieurs fois, dans le cours de nos études médicales nous avons eu l'occasion de voir combien le diagnostic en est parfois difficile, même aux plus habiles cliniciens et combien sont fréquentes les erreurs de diagnostic qui peuvent se produire. C'est ce qui nous a engagé à profiter de l'observation d'une malade que nous avons pu suivre dans le service du docteur Petit à la Pitié pour en faire l'objet de notre thèse. Nous devons également à Monsieur le professeur Jalaguier, que nous sommes heureux de remercier, une observation importante.

Notre travail n'a donc pour but que de passer en revue les symptômes de cette terrible affection et d'étudier les causes d'erreur possibles pour arriver plus sûrement au diagnostic de l'ostéo-sarcome.

Avant d'aborder notre sujet, il nous reste un devoir à remplir. Nous tenons à remercier nos maîtres à la Faculté

libre de Lille et dans les hôpitaux de Paris. Pour les nommer, il les faudrait citer tous, car ils ont des droits égaux à notre reconnaissance.

Monsieur le professeur Tillaux nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; qu'il veuille bien agréer l'expression de notre vive gratitude.

DIVISION

Nous ne considérons ici l'ostéo-sarcome de l'os iliaque qu'au point de vue clinique, laissant de côté l'étiologie, l'anatomie pathologique et le traitement de cette affection.

Nous décrirons dans un premier chapitre les symptômes de l'ostéo-sarcome de l'os iliaque en général, prenant pour type de notre description le cas le plus fréquemment observé.

Dans un deuxième chapitre, nous passerons en revue les principales formes que peut revêtir l'affection qui nous occupe.

Les complications de cette affection feront l'objet d'un troisième chapitre. Nous les étudierons avec quelques détails, car elles nous ont paru avoir été très négligées dans les différents travaux parus jusqu'ici sur ce sujet.

Un quatrième chapitre sera réservé au diagnostic, qui, comme nous le verrons est souvent extrêmement délicat, du moins au début de l'apparition de la tumeur. C'est-à-dire au moment précisément où il est le plus important

de la reconnaître si l'on veut intervenir avec quelque chance de succès.

Nous terminerons enfin notre étude clinique sur l'ostéosarcome de l'os iliaque par quelques considérations sur le pronostic de cette terrible affection.

UNIVERSITÉ

SYMPTOMES DE L'OSTÉO-SARCOME DE L'OS

ILIAQUE EN GÉNÉRAL

Pour la commodité de la description, on peut distinguer dans l'évolution clinique de l'ostéosarcome de l'os iliaque en général trois périodes :

- 1^o Une période de début pendant laquelle la tumeur n'est pas apparente cliniquement,
- 2^o Une période d'état ou de tumeur,
- 3^o Une période de terminaison.

Nous allons étudier successivement les symptômes de ces différentes périodes.

I. — Période de début

Il est difficile de dire d'une façon précise quand commence cette période et quand elle se termine. A ce moment les signes physiques n'existent pas encore et le médecin n'a à sa disposition pour se guider qu'un petit nombre de symptômes subjectifs, c'est-à-dire incertains et souvent même trompeurs.

Quoi qu'il en soit il est très fréquent de voir ces symptômes apparaître à la suite d'un traumatisme considérable. Le fait a été très net dans notre observation personnelle, et nous l'avons également relevé dans un assez grand nombre d'observations déjà publiées et que nous rapporterons tout à l'heure.

Certains auteurs ont également prétendu qu'il n'était pas rare de voir apparaître les symptômes de la période qui nous occupe à la suite de manifestations rhumatismales qui, suivant ces auteurs, exerceraient alors une influence sur le développement de l'ostéosarcome.

Comme le fait remarquer Havage, dans sa thèse, on a le grand tort de rattacher à la diathèse rhumatismale qui ne joue d'ailleurs ici aucun rôle étiologique des phénomènes douloureux qui en réalité doivent être mis sur le compte de l'affection que nous étudions.

Les phénomènes douloureux ont été très bien analysés par Havage puisque, suivant cet auteur, on les retrouve environ sept fois sur dix. En tous cas ils sont très importants à connaître puisqu'ils sont les seuls symptômes de la période de début.

Les douleurs par lesquelles se révèle cette période sont d'ailleurs loin d'être quelconques. Comme l'ont démontré en effet, certains auteurs dans leurs ouvrages, ces douleurs peuvent revêtir les trois formes suivantes :

- 1° Douleurs bien localisées en un point de l'os iliaque ;
- 2° Douleurs vagues sans localisation précise ;
- 3° Douleurs sciatiques ayant la plus grande analogie avec les douleurs de la névralgie sciatique ordinaire.

A. Douleurs bien localisées en un point de l'os iliaque.

Quand il existe un traumatisme antérieur, il est presque impossible d'attribuer ces douleurs à leur véritable cause, car alors il est tout naturel de les mettre sur le compte du traumatisme et elles n'ont par suite aucune valeur. Il n'en est plus de même quand le traumatisme antérieur manque. Dans ce cas en effet les douleurs localisées acquièrent une grande importance et, si l'on veut bien y prendre garde, on pourra sinon faire un diagnostic très précis, à peu près impossible à cette période; du moins soupçonner avec quelques chances de probabilité une tumeur maligne de l'os iliaque.

Quoiqu'il en soit ces douleurs siègent exactement au point où se développera le sarcome. Elles sont toujours intermittentes et reviennent à des intervalles plus ou moins éloignés, tantôt spontanément, tantôt à l'occasion du moindre mouvement ou du moindre effort. Parfois intolérables, la moindre pression en tous cas les exaspère au point d'arracher des cris au malade.

Certains auteurs ont comparé la variété des douleurs qui nous occupe aux douleurs dont se plaignent les blessés pendant quelques jours à la suite des contusions ou des meurtrissures. Cette comparaison nous semble, en effet, juste dans la grande majorité des cas et c'est bien rarement que les phénomènes douloureux en question revêtent le caractère aigu comme s'ils étaient consécutifs à des accidents inflammatoires.

Quand aux douleurs pulsatiles signalées par les classiques elles sont fréquentes à la deuxième et à la troisième

période, elles sont, au contraire, tout à fait exceptionnelles dans la première.

On a beaucoup insisté sur la cause de ces douleurs localisées. Certains auteurs les ont attribuées à une irritation spéciale des filets nerveux qui pénètrent dans l'os au niveau de la région envahie par l'ostéo-sarcome qui se développe. Il nous semble beaucoup plus rationnel d'admettre que ces douleurs sont simplement dues à la compression des filets nerveux par la tumeur.

B. — Douleurs vagues sans localisation précise.

Exceptionnellement on a vu ces douleurs se révéler spontanément. Le plus souvent c'est à la suite de fatigues, d'une longue marche, par exemple, qu'on les observe. Elles sont vagues, mobiles, fugaces et intermittentes, du moins au début. Elles apparaissent indifféremment au niveau des principales articulations du membre inférieur correspondant à l'os iliaque malade. Tantôt c'est le cou-de-pied, le genou ou l'articulation coxo-fémorale qui est le siège de ces douleurs. Souvent, d'ailleurs, plusieurs de ces articulations sont prises simultanément.

Nous venons de voir qu'habituellement les phénomènes douloureux siégeaient au niveau des articulations. Il n'est cependant pas rare de voir ces phénomènes douloureux envahir successivement ou simultanément certaines régions musculaires telles que la région du mollet, la région sacro-lombaire, etc.

Nous avons dit tout à l'heure que les douleurs qui nous occupent actuellement étaient au début fugaces et inter-

mittentes. Mais, au fur et à mesure que la maladie progresse, ces douleurs augmentent d'intensité, en même temps qu'elles se rapprochent de plus en plus et tendent à devenir continues. Il n'est pas rare d'observer à ce moment des contractures et de l'impotence fonctionnelle du membre du côté de l'os iliaque malade.

C. — Douleurs ayant les caractères de la névralgie sciatique.

Cette variété de douleurs est beaucoup plus fréquente que les deux variétés précédentes puisqu'elle a été observée environ une fois sur trois par différents auteurs. Elles surviennent seulement en général plus tardivement et peuvent revêtir les différentes formes de la névralgie sciatique ordinaire.

Tantôt elles s'irradient dans une partie du territoire du nerf sciatique, tantôt, au contraire, elles envahissent tout le territoire de ce nerf. Les phénomènes douloureux, supportables et intermittents au début ne tardent pas d'augmenter graduellement d'intensité en même temps qu'ils tendent à devenir continus.

Comme dans la névralgie sciatique, il est possible, par une exploration méthodique, de constater l'existence d'un certain nombre de points douloureux bien déterminés signalés autrefois par Vallex. Le signe de Lasègue est également à peu près constant.

Au début les phénomènes douloureux ne s'accompagnent pas de troubles trophiques notables, il y a simplement de la névralgie sciatique. Plus tard, au contraire, il n'est pas rare d'observer une atrophie musculaire plus ou moins

considérable indiquant que désormais les phénomènes douloureux ne sont plus sous la dépendance d'une simple névralgie mais d'une névrite sciatique.

Dès que la sciatique est apparue elle possède d'emblée ses caractères qu'elle possédera jusqu'à la fin : l'acuité et la ténacité. Si par un traitement approprié on la fait disparaître on l'atténue pour quelque temps, on la voit réapparaître peu après aussi violente et elle n'est alors calmée par aucun moyen thérapeutique. La douleur dans certains cas est si intense qu'elle peut pousser les malades au suicide.

Grimard insiste également sur la brusque apparition de la sciatique dans l'ostéo-sarcome de l'os iliaque, toutefois il nous semble beaucoup exagérer lorsqu'il prétend qu'il faut songer à cette dernière affection « toutes les
« fois qu'un sujet qui jouit d'une bonne santé générale
« est saisi tout à coup sans motif apparent d'une dou-
« leur atroce, lancinante qui parcourt tout le membre
« inférieur depuis l'articulation sacro-iliaque jusqu'à l'ex-
« trémité des orteils, douleur si vive que parfois la
« marche est impossible. »

En parlant ainsi, en effet, Grimard oublie d'une part qu'il n'est pas absolument exceptionnel de voir une sciatique non consécutive à une tumeur maligne du bassin, quelquefois même essentielle, apparaître brusquement; et d'autre part, qu'il existe des faits rares il est vrai, mais incontestables, où la névralgie en question s'est développée lentement.

En revanche, on ne saurait trop insister sur ce fait, qu'une fois installée, la sciatique n'a aucune tendance à

rétrocéder. Les diverses médications analgésiques habituellement employées peuvent à la rigueur atténuer momentanément la douleur, mais celle-ci réapparaît bientôt avec une nouvelle acuité si le chirurgien n'intervient pas.

Ajoutons que la sciatique qui est ordinairement unilatérale a été observée bilatérale dans quelques cas exceptionnels.

Il est évident que le plus souvent cette névralgie est le résultat de la compression des nerfs sciatiques et de ses plexus d'origine par la tumeur et la preuve en est que dans les cas où l'autopsie a pu être pratiquée presque toujours cette compression était évidente.

Lorsque la névralgie est bilatérale, on admet que celle-ci est encore le résultat d'une compression de la tumeur, mais cette compression au lieu de porter sur le nerf sciatique, porterait sur l'origine des plexus sacrés. Dans ce cas le sacrum paraît toujours être envahi également par le néoplasme comme tendent à le prouver quelques observations rapportées d'autre part.

Suivant Grimard, la compression progressive du nerf sciatique et de ses rameaux d'origine par le néoplasme n'est pas la seule cause de la névralgie qu'on doit invoquer car cette cause n'explique nullement la soudaineté de la douleur « il se passe là quelque chose d'inexplicable une sorte de déclanchement survenant à la suite d'un mouvement ou d'un acte plus ou moins violent » (Grimard).

Terminons cette étude de la première période en faisant remarquer que quelquefois les différents symptômes

que nous venons d'énumérer manquent absolument. Dans ce cas, la tumeur se développe insidieusement sans douleur et son évolution se trouve réduite à la période d'état et à celle de terminaison.

II. — Période d'Etat ou de Tumeur

A cette période, la tumeur est le symptôme dominant, c'est la vraie période chirurgicale, c'est-à-dire celle pendant laquelle le chirurgien peut intervenir avec l'espoir d'obtenir quelque résultat.

L'apparition de la tumeur se fait à une époque très variable, suivant les cas, toutefois on peut dire d'une façon générale qu'elle a lieu environ un an après l'apparition des premiers symptômes.

Il n'est guère possible de faire une bonne description d'ensemble des symptômes physiques que présentent les sarcomes de l'os iliaque. Ces tumeurs diffèrent en effet notablement suivant que l'on se trouve en présence d'un sarcome périostique ou central et suivant que ce sarcome se développe vers l'extérieur de l'excavation ou, au contraire, vers l'intérieur. Supposons tout d'abord qu'il s'agisse d'un sarcome se développant extérieurement.

Ce sarcome peut être ou bien périostique ou central.

S'il est périostique on peut dire que d'une façon générale il tend à prendre la forme d'une sphère plus ou moins bosselée qui en tous cas se développe toujours très rapidement.

A son niveau, la peau est rarement normale. Habituellement elle est lisse et sillonnée de veinosités très saillantes. Quelquefois, on voit à sa surface un réseau de

gros vaisseaux lymphatiques, exceptionnellement elle rougit, puisque le sarcome ne suppure presque jamais.

La palpation permet de constater tout d'abord une consistance extrêmement variable suivant les cas. Tantôt en effet il s'agit d'une tumeur pseudo-fluctuante, tantôt, au contraire, il s'agit d'une tumeur plus ou moins dure. D'une façon générale cependant on peut dire que la consistance de l'ostéo-sarcome périostique est molle et inégale. Exceptionnellement la tumeur est en totalité ou partiellement pulsatile. La palpation permet également de constater que l'ostéo-sarcome périostique est implanté sur l'os iliaque non par un pédicule, mais par une large base et que s'il est possible de mobiliser la peau sur la tumeur il est par contre impossible de mobiliser celle-ci sur les plans profonds.

Les sarcomes centraux se présentent sous un aspect tout différent. D'abord, au lieu d'être globuleux et plus ou moins arrondis comme les sarcomes périostiques, ils sont aplatis et étalés et ressemblent, selon l'expression de Havage, plus à un empâtement qu'à une tumeur véritable.

La palpation fournit également ici des renseignements précieux, à la condition d'être pratiquée très minutieusement. On reconnaît ainsi que la tumeur est habituellement diffuse et plus ou moins dure. Souvent, presque toujours même, suivant certains auteurs, un palper attentif permettra de constater l'existence d'un signe de grande valeur : C'est la « crépitation parcheminée » qui est produite par l'effondrement des minces lamelles

osseuses qui constituent pour ainsi dire la charpente de la tumeur.

Autant les différents symptômes que nous venons de constater sont nets et faciles à percevoir quand la tumeur se développe extérieurement, autant ils sont difficiles à rechercher quand la tumeur se développe à l'intérieur de l'excavation pelvienne. Il faut alors pratiquer soigneusement la palpation profonde de la cavité abdominale et surtout ne pas omettre le toucher rectal et le toucher vaginal qui sont assurément ici la meilleure méthode d'exploration.

L'examen clinique est particulièrement difficile quand la tumeur siège haut car alors elle ne peut être explorée ni par le vagin ni par le rectum soit au contraire quand elle siège très bas car alors elle met obstacle au toucher rectal et au toucher vaginal.

L'engorgement ganglionnaire n'est pas fréquent, mais quand il existe, il a une valeur clinique et pronostique considérable. Dans ce cas, il apparaît généralement au niveau de la région inguinale du côté malade. Quant à la ponction exploratrice, elle a été tour à tour conseillée et interdite par les auteurs. Nous n'insisterons pas sur ce procédé d'exploration.

Toutefois, nous pensons, avec Havage, que ce procédé pourra rendre quelques services quand le diagnostic sera très hésitant. Un écoulement de sang plus ou moins coloré confirmera alors le diagnostic d'ostéo-sarcome. Ajoutons qu'avant de pratiquer la ponction, le chirurgien devra s'entourer des précautions antiseptiques les plus minutieuses.

Tels sont les signes physiques les plus importants de l'ostéo-sarcome de l'os iliaque à la période d'état.

A ces signes physiques se joignent des symptômes fonctionnels sur lesquels il est inutile d'insister puisque ces symptômes sont communs à toutes les tumeurs qui se développent au niveau de la région qui nous occupe. Nous ne ferons que les énumérer. Ce sont, outre des troubles de la locomotion qui résultent du voisinage du plexus sacré et des sciatiques, des troubles de compression du côté des organes du petit bassin : Urèthre, vessie, uretères, rectum, vaisseaux iliaques. Les complications intéressantes qui résultent de la compression de ces organes seront étudiées tout à l'heure avec quelques détails. Signalons enfin pour finir la fièvre sarcômateuse bien décrite pour la première fois par Verneuil, qu'on retrouve dans tous les ostéo-sarcomes et qui est plus ou moins élevée suivant le cas.

III. — Période de Cachexie ou de Terminaison

Cette période survient plus ou moins rapidement suivant les formes. Elle apparaît, par exemple, beaucoup plus vite dans la forme périostique que dans la forme centrale. Toutefois il n'existe pas de ligne de démarcation bien nette entre elle et la précédente.

Le symptôme dominant ici est l'amaigrissement. Cet amaigrissement quelquefois lent et progressif, est, au contraire, parfois très rapide, en même temps que le malade perd l'appétit et refuse de s'alimenter. Quelquefois cependant, l'appétit est conservé jusqu'à la terminaison fatale. A cette époque, la peau qui recouvre la

tumeur, devient violacée, s'amincit et ne tarde pas à se laisser perforer par des bourgeons sarcomateux. Ces bourgeons sarcomateux qui saignent facilement ne tardent pas à devenir énormes et recouvrent la tumeur à la façon de gros champignons.

Les douleurs à cette période méritent d'être étudiées avec quelques détails. Dans quelques cas, elles sont intermittentes et surviennent alors sous forme de crises atroces qui arrachent des cris au malade. Dans d'autres cas, au contraire, elles sont continuelles avec exacerbations plus ou moins vives sous l'influence du moindre mouvement ou de la moindre pression. En certains cas exceptionnels la douleur est nulle pour ainsi dire.

Habituellement la mort survient par suite du progrès de la cachexie et de la généralisation pulmonaire. Cependant il est très fréquent de voir le malade succomber à l'une des complications que nous étudierons tout-à-l'heure et dont les plus fréquentes sont : les hémorrhagies, les thromboses et les embolies sarcomateuses, l'envahissement des organes voisins et l'infection.

Formes

L'ostéo-sarcome de l'os iliaque peut se présenter sous 8 formes différentes qui sont les suivantes :

- 1° Forme commune ;
- 2° — Périostique ;
- 3° — Centrale ;
- 4° — dans laquelle la tumeur se développe extérieurement ;

5° Forme dans laquelle la tumeur se développe intérieurement ;

6° — douloureuse tardivement ;

7° — indolore ;

8° — pulsatile.

En réalité il nous est impossible de distinguer de la forme commune les 4 formes suivantes. C'est pourquoi nous avons cru devoir les décrire toutes simultanément dans notre forme classique. Il ne nous reste donc plus à étudier que les trois dernières formes.

Forme indolore

Elle est exceptionnelle, certains auteurs la mettent même en doute. Il en existe cependant une observation incontestable rapportée par Mauny. Dans cette observation, il s'agissait d'une femme en travail présentant une tumeur énorme implantée sur l'éminence iléo pectinée et s'opposant absolument à l'engagement de la tête fœtale. Cette tumeur n'avait jamais déterminé la moindre douleur, c'est pourquoi la malade négligente ne s'en était jamais plaint.

Forme douloureuse tardivement

Dans cette variété clinique les premiers symptômes qui attirent l'attention du chirgien sont les symptômes physiques. Ce n'est qu'à la 3^e période, alors que sont déjà apparus les troubles de l'état général « amaigrissement, perte d'appétit, diminution des forces » que surviennent les douleurs. Celles-ci, d'abord légères et intermittentes,

ne tardent pas à devenir atroces, continuelles et s'irradient principalement soit sur le trajet des sciatiques soit dans la direction des différentes branches du nerf crural.

Forme pulsatile

Cette forme serait exceptionnelle, suivant certains, auteurs, suivant d'autres, au contraire, elle serait beaucoup moins rare qu'on ne le croit, mais elle passe souvent inaperçue parce que les pulsations ne sont pas très nettes. Quand les battements sont très intenses le diagnostic est loin d'être toujours évident, car alors l'analogie est quelquefois très grande avec un anévrisme des grosses artères de la région fémorale ou iliaque. La palpation complète, les renseignements fournis par l'inspection, permettent de constater facilement un mouvement d'expansion synchrone à la systole cardiaque. Ce mouvement d'expansion est suivi aussi d'un affaissement de la tumeur.

Si l'on comprime les vaisseaux au dessous d'un néoplasme on augmente l'énergie des pulsations. Si l'on comprime les vaisseaux au dessus de la tumeur on diminue, au contraire, notablement les battements. Enfin, l'auscultation de la tumeur révèle l'existence d'un souffle habituellement très net, intense même et coïncidant avec la systole cardiaque.

On comprend d'après les symptômes qui précèdent que le sarcome pulsatile ait été souvent confondu avec un anévrisme. Nous verrons pourtant tout à l'heure, à propos du diagnostic, que les deux affections sont absolument différentes et qu'il est relativement facile de les distinguer l'une de l'autre.

COMPLICATIONS

Suivant l'usage nous étudierons successivement : 1° les complications qui résultent de l'augmentation de volume de la tumeur et 2° celles qui résultent de la nature de celle-ci.

1° Complications déterminées par l'augmentation du volume de la tumeur

Nous avons déjà signalé à propos de l'étude des symptômes la compression exercée par la tumeur sur les organes du voisinage. Tant que cette compression n'est pas considérable, les symptômes sont peu accusés et ne doivent pas être étudiés à part. Au contraire, ceux-ci deviennent très marqués et méritent le nom de complications lorsque la tumeur, soit par son volume soit par sa situation, comprime d'une façon notable les organes du voisinage au point de nuire plus ou moins à leur fonctionnement.

Il est rare que l'artère iliaque externe soit très aplatie au point d'être oblitérée complètement. Cependant le fait a paraît-il été observé et a eu comme conséquence une

atrophie considérable du membre correspondant. En revanche la circulation a été souvent très compromise du côté des veines iliaques et cette gêne de la circulation veineuse a donné lieu alors à un œdème énorme. Nous n'insisterons pas sur la compression des nerfs sciatiques ou du plexus sacré qui détermine naturellement une exagération des douleurs dans le domaine des nerfs comprimés.

Habituellement le rectum est simplement un peu aplati ce qui donne lieu à une constipation plus ou moins opiniâtre, exceptionnellement cependant l'oblitération de l'intestin a été complète au point de donner lieu à des phénomènes d'occlusion intestinale.

Il est rare que l'urèthre soit comprimé et donne lieu de pratiquer le cathétérisme. Cependant le fait a été observé et on a également vu des cas où la tumeur comprimant l'un des uretères avait donné lieu à des symptômes d'hydronéphrose du côté du rein correspondant.

Il nous faut maintenant étudier, avec quelques détails l'influence du sarcome de l'os iliaque sur l'évolution de la grossesse et sur le mécanisme de l'accouchement. Nous laisserons d'ailleurs de côté la conduite à tenir en pareil cas, car cette question nous entraînerait beaucoup trop loin.

« Il est intéressant de noter que la dyptocie ne se rencontre guère quand le sarcome siège sur l'ilium et cela se comprend aisément car la tumeur est surtout extra-pelvienne. Les sarcomes centraux prédisposent moins également que les sarcomes périostiques à cause de leur volume en général moindre. Ce sont surtout les tumeurs

envalissant le voisinage de l'articulation sacro-iliaque, l'Ischion, et surtout le Pubis qui forment, dans l'immense majorité des cas, obstacle à l'accouchement. »

Il n'est pas nécessaire que la tumeur soit très volumineuse, quelques centimètres suffisent pour rendre le diamètre utile impraticable. Il est de plus évident qu'un sarcome volumineux mais mou et légèrement réductible constituera un obstacle de moindre importance qu'un sarcome plus petit mais dur et irréductible.

D'abord l'avortement et l'accouchement prématurés sont extrêmement fréquents ce qui s'explique par ce fait que l'utérus comprimé supérieurement par le néoplasme ne peut se développer dans l'abdomen. De plus la tête fœtale s'applique habituellement mal à l'aire d'un détroit supérieur rétréci et déformé par la présence d'une tumeur plus ou moins considérable située à ce niveau. Aussi les présentations vicieuses sont-elles extrêmement fréquentes.

Ajoutons, enfin, que si le sarcome de l'os iliaque a une influence considérable sur l'évolution de la grossesse et le mécanisme de l'accouchement, il est également vrai de dire que la grossesse et l'accouchement ont, dans la grande majorité des cas, une influence considérable sur le développement du néoplasme auquel ils donneront pour ainsi dire, suivant l'expression consacrée, une sorte de coup de fouet.

II. — *Complications dues à la nature de la Tumeur*

1^o GÉNÉRALISATION. — La Généralisation est celle des sarcomes en général et se fait par embolie. Les organes

les plus fréquemment atteints sont, par ordre de fréquence, le poumon, le rein, le foie, le cœur, les os, la rate.

2° LA SUPPURATION. — Grimard, dans sa thèse, signale quatre cas de suppuration de l'os iliaque dont deux cas à la suite de couches. C'est d'ailleurs le seul auteur qui la signale, elle est par conséquent excessivement rare.

3° PROPAGATION AUX OS VOISINS. — Le sacrum et les vertèbres sont fréquemment atteints par propagation dans les cas d'ostéo-sarcome de l'os iliaque quand la tumeur siège au voisinage des articulations sacro-iliaques. Havage, Gillet, Virchow admettent également la propagation à la tête fémorale, mais Grimard la nie absolument.

4° THROMBOSES, EMBOLIES. — Les vaisseaux englobés par la tumeur peuvent se détruire partiellement, auquel cas la thrombose est constituée par la tumeur elle-même. Dans d'autres cas, la paroi vasculaire se laisse seulement détruire en un point très limité et par ce point pénètre un bourgeon sarcomateux qui forme thrombose.

Une fois constituée la thrombose peut se fragmenter et alors un de ces fragments entraîné dans le torrent circulatoire, va s'arrêter dans l'artère d'un organe plus ou moins important. Les organes les plus fréquemment atteints à ce sujet sont, par ordre de fréquence : poumon, rein, foie, cœur, os, rate et cerveau. Les symptômes consécutifs de l'embolie varient alors suivant les organes atteints.

5° HÉMORRHAGIE. — Elle n'est pas très fréquente. En tout cas, elle ne s'observe que tout-à-fait à la période ultime. On l'a cependant observée à la seconde période à

la suite d'une intervention exploratrice et elle a été habituellement, dans ces cas, très difficile à arrêter, quelquefois même mortelle.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic positif de l'ostéo-sarcome de l'os iliaque est le plus souvent extrêmement difficile. Rarement le médecin peut être affirmatif. Presque toujours le diagnostic ne peut être posé qu'avec plus ou moins de chances de probabilités. Il est alors fondé sur l'examen rigoureux de tous les symptômes que nous avons déjà passés en revue dans notre premier chapitre. Ces symptômes nous les avons étudiés avec suffisamment de détails pour n'avoir plus à y revenir. D'ailleurs, ici comme dans tous les cas où il s'agit d'une affection rare et plus ou moins mal déterminée, c'est surtout par élimination qu'il faut procéder. C'est donc au diagnostic différentiel qu'il faut avoir recours et c'est pourquoi nous allons insister plus particulièrement sur ce diagnostic.

L'ostéo-sarcome étant une tumeur ne peut évidemment être confondu qu'avec des tumeurs qui peuvent siéger soit en dehors de l'os iliaque, soit sur l'os iliaque lui-même. Voyons d'abord celles qui siègent sur l'os iliaque.

Parmi celles-ci une des plus fréquentes est assurément

l'adénite iliaque. Cette dernière qui siège habituellement au niveau des fosses iliaques internes se présente presque toujours sous forme de masse irrégulière, mamelonnée, dure, plus ou moins mobile, en tous cas jamais complètement immobile par suite de son adhérence intime au squelette comme le sarcome osseux. D'ailleurs, dans la grande majorité des cas, les adénites iliaques sont symptomatiques d'une affection du voisinage, par exemple d'un cancer ou d'ulcérations tuberculeuses ou syphilitiques. Il faudra donc examiner avec la plus grande attention tous les organes dont les lymphatiques se rendent aux ganglions iliaques. Ajoutons d'ailleurs que quelque soit leur origine et leur nature, les adénites iliaques primitives ou secondaires présentent, outre les symptômes que nous avons déjà indiqués plus haut, d'autres caractères assez spéciaux. C'est ainsi qu'elles sont généralement un peu douloureuses à la pression et qu'elles n'engendrent pour ainsi dire jamais ces troubles de compression que nous avons décrit à propos de l'ostéo-sarcome de l'os iliaque.

Les lipomes de la fesse ont dans certains cas simulé d'une façon presque absolue les ostéo-sarcomes de l'os iliaque, ce qui se comprend aisément puisque les trois grands caractères de lipomes en général sont précisément la mollesse, la lobulation, la pseudo-fluctuation, caractères communs avec le sarcome. Ici le diagnostic se tire le plus souvent commodément de la marche de la maladie qui est extrêmement lente à l'inverse de ce qu'on constate dans le sarcome. C'est ainsi que ce dernier évolue habituellement en quelques mois avec des symptômes de

cachexie grave tandis que le lipome reste ou à peu près stationnaire et ne retentit pour ainsi dire jamais sur la santé de l'individu.

Les angiomes et les lymphangiomes qui s'observent souvent chez de très jeunes sujets présentent souvent une grande ressemblance au premier aspect avec l'ostéosarcome, mais le diagnostic ne saurait rester longtemps en suspens pour un clinicien exercé, car ici les douleurs n'existent pas ou du moins sont légères et, de plus, l'évolution est tout à fait différente. Ajoutons que la palpation et les touchers rectal et vaginal permettent souvent de constater l'intégrité absolue de l'os iliaque.

Les anévrismes des artères iliaques ou fessières qui eux-mêmes constituent une affection relativement très rare ont souvent été confondus avec les sarcomes de l'os iliaque par d'éminents chirurgiens et, comme le dit fort bien un auteur, Fergusson, l'artère iliaque interne a été liée presque aussi souvent pour un sarcome pulsatile de l'os iliaque que pour un anévrisme vrai. Ici, comme dans le cas précédent, il faut surtout tenir compte de la marche de la maladie qui sans doute est progressive dans les deux affections mais qui est particulièrement rapide dans le cas de sarcome. Il faudra aussi prendre en grande considération les symptômes « de débilitation de faiblesse et de douleur » qui malgré l'existence de pulsations seront plutôt caractéristiques d'une tumeur maligne que d'une tumeur anévrysmale. Ajoutons enfin que la ponction toujours préconisée par tous les auteurs, comme ressource ultime, ne devra jamais être pratiquée dans le cas

de tumeur pulsatile car on s'exposerait alors, en cas d'erreur de diagnostic, à ouvrir un anévrisme.

L'ossification du Psoas iliaque a été, paraît-il, plusieurs fois constatée et dans les différents cas publiés, presque toujours la tumeur faisait absolument corps avec l'os iliaque (voir Mémoire de Legros, *Bulletin Société anatomique* 1862). On conçoit qu'en pareil cas le diagnostic différentiel soit absolument impossible, nous n'insisterons donc pas. Toutefois, comme dans les cas précédents, c'est surtout la marche de l'affection qui éclairera le clinicien. Les phlegmons iliaques, lorsqu'ils évoluent d'une façon aiguë, se reconnaissent facilement grâce à leurs symptômes habituels (douleur, tuméfaction et même fluctuation, fièvre, etc.). Mais d'autrefois, exceptionnellement d'ailleurs, les phlegmons iliaques évoluent pour ainsi dire d'une façon tout à fait insidieuse et alors leur évolution peut faire songer à un ostéo-sarcome. Ici c'est la ponction qui tranche le diagnostic, il ne faut pas d'ailleurs oublier que dans certains cas les ostéo-sarcomes, eux aussi, peuvent suppurer au point de simuler de simples abcès. Ce fait a été observé rarement, mais il a été observé et par conséquent doit tenir en éveil l'attention du chirurgien. Nous n'insisterons pas ici sur le diagnostic différentiel avec les tumeurs des différents organes contenus dans le petit bassin, car il suffit dans ces différents cas d'examiner la connexion de la tumeur avec l'organe en question (utérus, ovaire, rectums, iliaque, etc.) pour éviter une erreur fâcheuse.

Il paraît aussi que plusieurs fois au moment de l'accouchement la tumeur sarcomateuse aurait été confondue avec la tête fœtale ou inversement par d'éminents

accoucheurs. En tout cas c'est là une confusion qui ne peut être que passagère et qui nous semble un peu trop extraordinaire pour nous y attarder.

Tumeurs siégeant sur l'os iliaque lui-même

En premier lieu il nous faut signaler ici parmi les affections qui simulent le plus l'ostéo-sarcome, l'ostéopériostite tuberculeuse. Celle-ci en effet s'accompagne de nombreux symptômes analogues à ceux qui nous occupent : douleur, tuméfaction, engorgement ganglionnaire, cachexie rapide, etc. Toutefois nous pouvons dire que d'une façon générale le sarcome évolue beaucoup plus rapidement que l'ostéite tuberculeuse, de plus il progresse d'une façon *constante et régulière* en gardant une consistance uniforme, tandis qu'habituellement l'ostéite tuberculeuse procède par poussées successives et s'accompagne au bout d'un temps très variable de la production d'un abcès. On pourra nous faire observer à ce sujet que dans certaines variétés de sarcome comme nous l'avons vu à propos des symptômes il existe une pseudo-fluctuation bien difficile à différencier de la vraie, d'où l'impossibilité à peu près absolue de distinguer un abcès d'avec un sarcome pseudo-fluctuant. A cette objection nous répondrons que tout d'abord une main exercée arrive à peu près toujours à distinguer la vraie fluctuation de la fausse et qu'ensuite, à supposer qu'un doute persiste, il sera toujours facile de trancher la difficulté par la ponction exploratrice aseptiquement pratiquée. S'agit-il d'un sarcome la ponction nous permettra simplement de retirer un peu de sang. S'agit-il d'un abcès tuberculeux la ponction cette fois donne franchement issue à une

quantité de pus plus ou moins considérable. Sans doute, dans certains cas, l'abcès n'étant pas collecté la ponction ne fournit que des renseignements insignifiants mais on est alors autorisé à pratiquer soigneusement sous chloroforme une petite ouverture au bistouri qu'on refermera soigneusement après avoir retiré des débris de tumeur. Le plus souvent un simple examen macroscopique suffira pour reconnaître la nature de celle-ci mais dans certains cas cependant on fera mieux de recourir à l'examen microscopique.

C'est ainsi que Cassau, dans sa thèse, rapporte un cas dans lequel le professeur Demons fut obligé de recourir à la ponction au bistouri puis à l'examen histologique pour affirmer le diagnostic de sarcome, alors que les confrères qui l'appelaient pensaient à une ostéite tuberculeuse.

La coxalgie, et surtout la sacro-coxalgie, ont été également quelquefois confondus avec le sarcome de l'os iliaque. Cette confusion s'explique d'autant plus facilement que le sarcome a deux sièges d'élection, l'un au niveau de l'articulation sacro-iliaque, l'autre au niveau de l'articulation coxo-fémorale (cavité cotyloïde) et qu'il peut ainsi donner lieu à des symptômes fonctionnels du côté des jointures qu'ils occupe. C'est ainsi qu'il n'est pas rare de rencontrer des attitudes vicieuses de la jambe telle que par exemple flexion avec adduction et rotation en dedans ou encore et plus fréquemment flexion avec abduction et rotation en dehors.

Toutefois le diagnostic entre la coxalgie et la sacro-coxalgie est le plus souvent très facile. Tout d'abord

d'une façon générale le sarcome de l'os iliaque donne lieu à une douleur spontanée, intense, qu'on n'observe jamais soit dans la coxalgie, soit dans la sacro-coxalgie. De plus, dans ces deux variétés d'affections, les mouvements de l'articulation ne tardent pas à devenir très gênés et même impossibles de telle sorte que les attitudes vicieuses du membre inférieur se corrigent très difficilement. Dans le sarcome, au contraire il est bien rare que la jointure voisine perde ses mouvements et c'est à peine si ceux-ci sont quelque peu douloureux. Enfin le sarcome est constitué par une véritable tumeur qui, comme nous l'avons déjà dit, évolue d'une façon constante et régulière tandis qu'au contraire dans la coxalgie et la sacro-coxalgie, il n'y a pas à proprement parler tumeur, mais seulement tuméfaction et même plutôt et simplement tendance à la production d'un abcès. L'ostéo-myélite de l'os iliaque peut aussi dans certains cas surtout lorsqu'elle évolue insidieusement simuler à s'y méprendre l'ostéo-sarcome. Nous nous contenterons simplement de rappeler ici le cas que nous allons longuement rapporter plus loin et dans lequel le professeur Jalaguier, après avoir posé pendant plusieurs jours le diagnostic d'ostéo-sarcome, pratiqua la ponction et reconnut alors qu'il s'agissait d'une ostéo-myélite ayant pour point de départ la crête iliaque au voisinage de l'articulation sacro-iliaque.

Il paraît que la périostite syphilitique, elle aussi, a été confondue à différentes reprises avec l'ostéosarcome, nous en avons nous-même rapporté un cas. Toutefois cette confusion doit être excessivement rare et pour l'éviter il suffit certainement aux cliniciens d'étudier

avec quelques détails les antécédents de la maladie, le mode de début et la marche. Nous n'insisterons pas davantage sur la confusion possible de l'ostéo-sarcome avec les cals difformes et les déformations rachitiques car la connaissance des antécédents et l'examen attentif des os ne permet guère à notre avis une semblable erreur.

Les fibromes de l'os iliaque constituent des tumeurs extrêmement rares, en tous cas ils se distinguent facilement des sarcomes par leur forme arrondie, leur aspect lisse, leur consistance dure, renittente et enfin leur évolution sans retentissement sur l'état général.

Exostoses. — Les exostoses diffèrent absolument des sarcomes parce qu'elles ont un début lent, insidieux, parce qu'elles sont indolores et, enfin, parce qu'elles sont dures et irrégulières.

Les Kystes hydatiques de l'os coxal ressemblent à s'y méprendre aux sarcomes centraux. Dans les deux cas, en effet, on a du boursoufflement de la crépitation parcheminée de la douleur par compression, etc. Il n'y a donc qu'un moyen de trancher ce diagnostic qui se posera d'ailleurs bien rarement, c'est de faire la ponction exploratrice. Dans le cas de kyste hydatique, nous aurons un liquide clair, dans le cas de sarcome, nous aurons un liquide sanguinolent.

Les Enchondromes sont également souvent très difficiles à différencier des sarcomes de l'os iliaque; comme ces derniers, en effet, ils s'accompagnent habituellement de douleurs sciatiques extrêmement violentes et atteignent souvent un volume énorme. Toutefois, l'enchondrome, après un début lent, insidieux, se met pour ainsi dire,

tout-à-coup, à augmenter rapidement de volume, tandis qu'au contraire, comme nous l'avons vu, la marche du sarcome est toujours constante et régulière. De plus, dans le cas d'enchondrome, l'augmentation de volume se fait pour ainsi dire toute entière en dehors de l'os sans aucune tendance à l'envahissement de celui-ci, le point primitivement atteint restant seul atteint. Ce n'est pas tout au début l'enchondrome a une consistance régulièrement dure, absolument distincte alors de celle du sarcome, plus tard, comme le sarcome, l'enchondrome devient bosselé, mais les bosselures de celui-ci, qui présente d'ailleurs une consistance différente, n'ont jamais la mollesse des bosselures sarcomateuses. Le siège d'élection des deux variétés de tumeur n'est d'ailleurs pas le même, c'est ainsi par exemple que le sarcome siège de préférence au niveau des fosses iliaques, tandis qu'au contraire l'enchondrome se développe de préférence aux extrémités antérieurs et postérieurs de l'os coxal. Enfin, cette dernière tumeur ne détermine des troubles généraux que tout à fait à sa période ultime, tandis que le sarcome retentit très vite sur l'état général.

Une fois le diagnostic de sarcome posé, le clinicien ne devra pas s'arrêter là, il faudra encore déterminer à quelle variété il a affaire, mais nous avons suffisamment insisté dans un des chapitres précédents sur les symptômes des différentes formes pour n'avoir pas à y revenir ici. Pour la même raison nous ne nous arrêterons pas au diagnostic des complications que nous avons longuement étudié plus haut.

PRONOSTIC

Le sarcome de l'os iliaque abandonné à lui-même suit comme nous l'avons déjà dit une marche régulière et progressive plus au moins rapide et aboutit finalement à la période de cachexie qui est la période ultime à moins qu'une complication n'emporte au préalable le malade. D'une façon générale le pronostic du sarcome est donc extrêmement grave, fatal même, l'évolution se fait habituellement en moins d'une année, mais cette durée est assez variable, suivant la forme de la maladie. C'est ainsi par exemple que le sarcome périostique marche beaucoup plus vite que le sarcome central. C'est ainsi que la tumeur est bien plus grave lorsqu'elle évolue plus du côté du bassin que du côté extérieur, enfin il est aussi évident que le sarcome évolue d'autant plus rapidement d'une façon générale qu'il se développe chez un sujet plus jeune.

L'intervention malheureusement ne modifie pas beaucoup le pronostic. Jamais, en effet, elle ne paraît avoir été franchement curative, et dans la grande majorité des cas la cicatrisation est à peine finie qu'apparaît la récurrence. Nous n'avons pas d'ailleurs à nous occuper ici du traitement puisque notre étude se réduit à une étude clinique, mais nous nous permettrons cependant de faire remarquer que les sujets atteints de Sarcome souffrent tellement que vraiment l'intervention, si dangereuse qu'elle soit, est cependant suffisamment légitimée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (PERSONNELLE)

*Ostéo-sarcome de l'os iliaque du côté gauche. — Pas d'intervention.
Mort par généralisation. — Autopsie.*

Eugénie L..., âgée de 38 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Trousseau, lit n° 34, dans le service du docteur André Petit, en mai 1899. Elle porte une tumeur assez volumineuse au niveau du côté gauche du bassin. Ce n'est pas pour cette tumeur qu'elle entre à l'hôpital. Elle tousse, a de la fièvre, aussi entre-t-elle dans un service de médecine.

Antécédents héréditaires. Son père est mort à 50 ans, hydro-pique. Il était alcoolique. Sa mère est morte à 40 ans de tuberculose pulmonaire. Un de ses frères est mort à 20 ans également de tuberculose pulmonaire. Actuellement, la malade a un frère âgé de 30 ans et une sœur âgée de 34 ans tous deux très bien portants.

Antécédents personnels. La malade a toujours été très bien portante dans son enfance. Mariée à 20 ans, elle a eu 4 accouchements : le 1^{er} à 22 ans ; le 2^e à 24 ans ; le 3^e à 28 ans ; le 4^e à 30 ans.

Les trois premiers accouchements se sont très bien passés mais le 4^e a été pénible et depuis la malade s'est toujours

plainte de douleurs dans le ventre. En même temps ses règles devenaient irrégulières et dans l'intervalle elle avait des pertes blanches abondantes.

Il y a 3 ans, en descendant dans une cave, la malade glissa dans l'escalier et tomba sur le côté gauche. La hanche de ce côté porta particulièrement sur une marche et le choc fut tel, qu'un médecin appelé crut d'abord à une fracture de la partie supérieure de la cuisse. La blessée était en effet complètement impotente de sa jambe et souffrait atrocement au moindre mouvement. Cependant, au bout de quelques jours de repos, les phénomènes douloureux avaient en grande partie disparu et au bout de 15 jours, la malade se levait. Toutefois, à partir de son accident, celle-ci se sentit toujours faible de sa jambe gauche. Elle se fatiguait plus vite que de coutume et sentait « craquer sa jambe » chaque fois qu'elle faisait un mouvement. Elle fut alors traitée pour une arthrite sèche et on lui fit, sans résultat d'ailleurs, de nombreuses applications de pointes de feu sur la région malade.

Un peu plus d'un an et demi après l'accident, c'est-à-dire il y a environ 14 mois, la malade s'aperçut qu'elle avait au niveau de la hanche gauche ou plus exactement à la partie postérieure de celle-ci, une « bosse » peu saillante, mais large, assez dure et non douloureuse. Le médecin consulté attribua cette grosseur au traumatisme antérieur et rassura d'abord la malade et son entourage.

Pendant quelques mois, la tumeur se développa lentement, progressivement, en s'étendant surtout du côté de la cuisse mais en ne déterminant aucune douleur et en ne gênant pas les mouvements de la hanche. C'est pourquoi, malgré les conseils de son médecin qui commençait à s'inquiéter et à réserver son pronostic la malade refusa de consulter un chirurgien.

Il y a 8 mois environ, les mouvements de l'articulation de la hanche gauche, jusque-là faciles deviennent presque impossibles très rapidement en 4 ou 5 jours et bientôt la cuisse fut immobilisée en flexion légère sur le bassin, de sorte que la ma-

lade, pour marcher dut dorénavant se servir d'une béquille. C'est à cette époque que commencèrent à apparaître au niveau de la tumeur des douleurs intermittentes tantôt légères, tantôt vives. Les douleurs survenaient surtout la nuit, lorsque la patiente était couchée sur le dos. Il suffisait alors qu'elle changeât de position de façon à ce que sa hanche gauche ne reposât plus sur le plan du lit pour faire cesser ses souffrances ou tout au moins les atténuer.

A ce moment seulement la malade se décida à venir à la consultation de chirurgie à l'Hôtel-Dieu où on lui dit d'entrer dans le service. Mais, comme une intervention était indispensable, la malade prit peur et retourna chez elle. Les douleurs augmentèrent graduellement d'intensité et de fréquence. Depuis un mois environ, celles-ci étaient continuelles, mais présentaient des exacerbations atroces avec irradiations dans toute la jambe gauche. Des injections de morphine seulement apportaient quelque soulagement à la malade.

La tumeur, dans ces derniers mois, s'était développée très rapidement, envahissant successivement la face postérieure, puis les faces latérales de la cuisse. L'état général d'ailleurs était devenu mauvais. La malade, très amaigrie, était faible et avait perdu l'appétit. Enfin, comme depuis quelques jours elle toussait et avait de la fièvre, elle se décida à venir à l'hôpital de la Pitié où elle fut admise dans la salle du Dr André Petit.

Examen à l'entrée : la hanche gauche et la cuisse du même côté tout complètement déformés par une masse énorme qui en haut remonte jusqu'au bord supérieur de l'os coxal, dont elle semble revêtir à peu près complètement la surface externe, et qui, en bas, descend un peu au dessous du milieu de la cuisse, dont elle recouvre non seulement la face postérieure, mais encore la plus grande partie des faces latérales.

Cette tumeur est aplatie et un peu plus bombée au niveau de la hanche, tandis qu'inférieurement, au contraire, elle est très développée et présente une multitude de saillies de toutes dimensions dont les plus inférieures sont les plus volumineuses.

La peau qui les recouvre est normale en haut, mais elle est violacée et semble amincie en bas, surtout au niveau des grosses bosselures.

En dehors de la tumeur qu'elle présente, la jambe gauche est très atrophiée, la cuisse est d'ailleurs à peu près complètement immobilisée en flexion légère sur le bassin. En revanche, les mouvements de la jambe sur la cuisse s'exécutent normalement. Il n'y a pas le moindre œdème malléolaire.

Palper : la tumeur est partout très molle, au niveau de la cuisse elle présente même par places une véritable fluctuation. La peau qui recouvre la tumeur, très mobile et souple au niveau du bassin, est au contraire sinon adhérente, au moins peu mobile au niveau de la cuisse. Quant à la tumeur elle-même, elle semble faire corps avec l'os coxal et le fémur. Cette dernière est indolente au palper dans la plus grande partie de son étendue, cependant, en arrière du grand trochanter et à la partie postérieure et supérieure de la cuisse, la moindre pression donne lieu à des douleurs extrêmement vives qui s'irradient dans la zone du nerf sciatique.

D'ailleurs les phénomènes douloureux existent d'une manière constante, seulement par moment ils présentent des exacerbations sous forme de crises qui reviennent à l'occasion du moindre mouvement et même spontanément, ajoutons qu'il y a élévation de température très nette au niveau de la tumeur et que les ganglions inguino-cruraux sont un peu engorgés.

Appareil respiratoire : Depuis une quinzaine de jours la malade tourne beaucoup, elle crache et ses crachats sont épais, un peu sanguinolents. La percussion révèle une zone de submatite très nette à la base du poumon droit. Rien au niveau du poumon gauche, à l'auscultation, on entend des râles sibilant disséminés dans les deux poumons et des râles sous crépitaux, très fins et nombreux à la base du poumon droit.

Appareil circulatoire : Bruits du cœur normaux, pouls assez bien frappé, régulier, rapide.

Appareil digestif: Pas d'appétit, digestions pénibles, constipation opiniâtre.

Les urines très foncées ne contiennent ni albumine ni sucre.

La température le soir, oscille entre 38.5 et 39.

D'après les symptômes qui précèdent, on fait le diagnostic d'ostéosarcome de l'os iliaque avec généralisation pulmonaire probable.

Au bout de quelques jours, la fièvre tombe et les symptômes pulmonaires disparaissent presque complètement, la malade avait de la broncho-pneumonie simplement. Une fois remise, la malade demanda elle-même à entrer en chirurgie. Elle fut admise dans le service de Monsieur le professeur Berger d'où on la renvoya en médecine, la tumeur étant inopérable. Celle-ci continua à augmenter rapidement de volume. Au mois de septembre il se fit à la partie supérieure de la cuisse deux ulcérations présentant chacune les dimensions d'une petite paume de main et par lesquelles s'échappaient des bourgeons sarcomateux saignant facilement. Bien que la cachexie à ce moment fut extrême, la malade résista encore deux mois à sa terrible affection et ce ne fut qu'au mois de novembre qu'elle succomba avec des phénomènes fébriles et des symptômes pulmonaires analogues à ceux qu'elle présentait à son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Une dissection attentive de la tumeur permit de se rendre un compte exact des rapports qu'affectait celle-ci, d'une part avec les parties molles, d'autre part avec le squelette.

Au niveau de la hanche, la tumeur était recouverte par une épaisseur considérable de parties molles, les muscles fessiers en particulier bridaient en quelque sorte la masse sarcomateuse, d'où la forme aplatie qu'affectait celle-ci supérieurement. Le grand fessier était indemne, mais le moyen et le petit fessier ainsi que le pyramidal et les jumeaux étaient en partie dégénérés et fusionnés avec la tumeur. Cette dernière, comme nous l'avons déjà dit à propos des symptômes, descendait le long de la face postérieure de la cuisse, jusqu'au dessous du milieu de

celle-ci. En arrière elle était tout à fait superficiel car elle avait englobé tous les muscles et venait même faire saillie au dehors par deux orifices situés un peu au-dessus du milieu de la cuisse. Latéralement au contraire, la tumeur était recouverte par une grande épaisseur de parties molles et il était encore possible de reconnaître à ce niveau les différents plans musculaires. Le nerf sciatique cheminait dans une partie de son étendue en plein milieu de la masse sarcomateuse qui envoyait même un petit prolongement pelvien à travers la grande échancrure sciatique et à la partie postérieure et supérieure du sourcil cotyloïdien. A ce niveau l'os coxal avait une consistance telle qu'on pouvait le couper facilement avec un couteau. L'articulation coxo-fémorale était complètement ankylosée et sa face postérieure faisait absolument corps avec la tumeur. La face antérieure, au contraire, était à peu près indemne. Les os avaient conservé à ce niveau leur consistance dure. Plus bas, la masse sarcomateuse adhérait à la face postérieure du fémur dans sa moitié supérieure environ, mais les adhérences n'étaient guère intimes que dans le tiers supérieur. La tumeur avait une coloration grisâtre au niveau du bassin, tandis qu'elle avait une coloration rougeâtre au niveau de la cuisse, surtout inférieurement. Sa consistance, d'une manière générale était molle mais cette mollesse était particulièrement marquée en bas.

Les poumons, surtout le poumon droit, étaient criblés de noyaux sarcomateux et il y avait par places adhérence des deux feuillets pleuraux. Le foie, la rate étaient également parsemés de noyaux sarcomateux mais ceux-ci étaient beaucoup moins nombreux qu'au niveau des poumons. Les ganglions lymphatiques abdominaux étaient volumineux et engorgés. Le cœur, le cerveau, les reins et les organes pelviens étaient absolument indemnes. L'examen histologique fait au laboratoire de M. Maçaigne à l'amphithéâtre des hôpitaux a démontré qu'il s'agissait d'un sarcome ancéphaloïde, probablement d'origine périostique.

OBSERVATION II

Osto myélite del'os iliaque simulant un ostéosarcome
(Observation recueillie dans le service du docteur Jalaguier).

Georges M..., entre le 20 mars 1900 dans le service de M. le professeur Jalaguier, à l'hôpital des Enfants assistés, pour une tumeur de la hanche gauche.

Les antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier. Le petit malade n'a jamais eu d'affection autre que celle qu'il présente actuellement. Malheureusement les renseignements qui nous sont fournis sur l'origine de sa maladie actuelle sont extrêmement obscurs.

L'enfant aurait commencé à souffrir il y a un mois 1/2 environ. Pendant 15 jours, la nourrice ne s'en est pas préoccupée et a continué à le laisser aller et venir en lui appliquant des cataplasmes. Au bout de ce temps, un médecin appelé a simplement prescrit l'immobilisation et ce traitement ayant paru extraordinaire à la nourrice, on alla consulter une rebouteuse qui fit des massages et des frictions à l'alcool camphré. Enfin le mal empirant, on se décide à l'envoyer à l'hôpital dans le service du Dr Jalaguier le 20 mars. A ce moment l'état du petit malade est le suivant : Il ne semble pas souffrir spontanément, il est incapable de marcher, il n'a pas de fièvre, son état général est excellent et toujours au dire de la nourrice il n'aurait pas maigri ces derniers temps. A l'inspection on constate que la région fessière gauche très distendue est parcourue par de nombreuses veinosités bleuâtres. La tumeur remonte en haut jusqu'à la crête iliaque. En bas elle déborde le pli fessier, en arrière elle va jusqu'à la crête sacrée, en avant elle atteint la région trochanterenne. Les mouvements de l'articulation coxo-femorale semblent conservés intégralement et sont peu douloureux.

La palpation qui semble également peu douloureuse permet de constater une fluctuation assez vague dans toute l'étendue de la tumeur. Les ganglions de l'aîne gauche sont notablement engorgés.

Devant ces différents symptômes M. Jalaguier songea nettement à un ostéosarcome.

Cependant le 22 mars, probablement à la suite de l'application d'un pansement humide, l'aspect de la tumeur devint un peu inflammatoire, les veinosités disparurent et la peau prit une coloration rosée. Indécis, M. Jalaguier pratiqua une ponction exploratrice à la seringue de Pravaz et retira du pus verdâtre. L'abcès fut aussitôt ponctionné avec un gros trocart et l'on fit suivre la ponction de plusieurs lavages à l'eau bouillie. Quantité de pus retiré environ 200 gr. Le pus, examiné par M. Nobécourt, chef de laboratoire, contenait des staphylocoques. Le 24 mars, M. Jalaguier devant les indications bactériologiques, incisa l'abcès sur une étendue de 4 cent. à la partie moyenne de la région fessière. Il s'écoula une grande quantité de pus malgré la ponction de la veille. Lavage soigné à l'eau bouillie. Drainage et pansements sec. L'os iliaque est dénudé sur une surface grande environ d'une pièce de cinquante centimes. Elle se trouve tout près de l'articulation sacro-iliaque à environ un centimètre en dessous de la crête iliaque.

30 mars. — On refait le pansement peu sali, on enlève les drains et les crins.

11 avril. — La plaie est complètement guérie.

OBSERVATION III (1)

Sarcome de l'os iliaque droit

Je fus appelé il y a quelques années, à voir en consultation une jeune fille de 17 ans, qui portait dans le ventre, depuis

(1) DEMONS. In *Th. Grimard*, Paris 1896-1897. Observation II.

quelque temps — du moins on ne s'en était aperçu que deux ou trois mois auparavant — une tumeur qui fut reconnue par la ponction exploratrice pour être un kyste dermoïde de l'ovaire. Mais en même temps, elle se plaignait de douleurs vives sur le trajet du nerf sciatique droit. Tous les moyens usités contre la névralgie sciatique avaient été employés sans succès. Les douleurs, loin de se calmer devenaient chaque jour plus vives, les mouvements du membre étaient de plus en plus difficiles, la santé générale chancelait rapidement.

On s'aperçut un jour qu'il existait dans la fosse iliaque, profondément une tuméfaction ferme, résistante qui, graduellement et rapidement augmentait de volume.

Quand je vis cette jeune fille, je la trouvai couchée, son membre inférieur étant dans l'adduction et la rotation en dedans ; les mouvements spontanés ou provoqués étaient difficiles et très douloureux, la malade continuait à éprouver des douleurs très grandes le long du nerf sciatique. La fesse était naturellement tuméfiée, la peau n'avait pas changée de coloration. Par la palpation, on sentait une tumeur grosse comme les deux poings, occupant la fosse iliaque entière et s'enfonçant profondément et sans limite précise du côté de l'iléon et de la cavité cotyloïde ; cette tumeur était immobile. L'état général était mauvais, la face pâle, l'amaigrissement accentué, l'appétit très médiocre.

Progressivement tous ces symptômes généraux et locaux s'aggravèrent et deux mois plus tard la tumeur avait triplé de volume. La jambe était diminuée de moitié. La malade mourut 8 mois après le moment où elle avait commencé à se plaindre de douleurs qu'on attribua tout d'abord à l'exercice forcé que faisait cette jeune fille en jouant à la paume ou à un refroidissement qu'elle aurait pris consécutivement.

On n'avait constaté la présence de la tumeur que deux mois après l'apparition de ces douleurs, contre lesquelles on avait épuisé tout l'arsenal thérapeutique dont on se sert d'habitude pour combattre les névralgies sciatiques.

Dans les derniers moments de la vie, l'amaigrissement était devenu prodigieux, et la tumeur était plus grosse que la tête d'un adulte. La pauvre jeune fille était incapable de faire le moindre mouvement sans souffrir d'une manière affreuse et les injections répétées de chlorydrate de morphine sous la peau pouvaient seules lui apporter quelque soulagement. A mesure qu'elle grossissait, cette tumeur se ramollissait ; les veines superficielles se dilataient ; c'était selon toute probabilité un sarcome encéphaloïde.

Au point de vue étiologique, on ne trouve rien sur les antécédents de la famille et aucun traumatisme certain ne peut être invoqué pour expliquer les productions de ce néoplasme. Cependant, la jeune fille, en jouant à la paume, dans un mouvement un peu brusque, avait ressentie une sensation de déchirure dans la région fessière, peu de temps avant l'apparition des douleurs considérées tout d'abord comme névralgiques.

OBSERVATION IV (1)

Sarcome de l'os iliaque gauche comprimant et divisant les plis nerveux du grand sciatique — Autopsie.

E. S. . . . , âgée de 55 ans, entre à l'hôpital le 13 février 1861.

Il y a quatre ans elle a fait une chute sur la hanche gauche, et depuis elle a toujours plus ou moins souffert dans le voisinage du point qui a frappé le sol. Les douleurs qu'elle éprouvait n'étaient cependant pas assez vives pour l'empêcher de travailler. Dans la nuit de Noël dernier, elle ressentit brusquement une violente douleur prenant naissance au niveau du

(1) PAGE, *The Lancet* 1862.

sacrum, s'irradiant à la cuisse gauche et jusqu'au pied. Depuis ce moment la douleur n'a jamais disparue et ne s'est jamais calmée.

Quand elle entra à l'hôpital elle était pâle et amaigrie. Les douleurs présentaient tous les caractères de la sciatique la plus aiguë et s'irradiaient un peu du côté droit. Elle fut purgée et soumise à un traitement ioduré sans aucune amélioration. Une injection hypodermique d'acétate de morphine procura à la malade une demi-heure de sommeil, puis les douleurs réapparurent aussi violentes qu'auparavant. Ces injections furent plusieurs fois répétées sans bon résultat. Même pendant les courtes périodes de sommeil que lui procurait l'opium, la malade continuait à se plaindre de ses douleurs. Elle ne pouvait demeurer longtemps dans la même position et restait couchée tantôt sur le dos, tantôt sur le côté droit.

L'examen du rectum ne donna aucun renseignement et on ne rencontra aucune tumeur dans l'abdomen.

Le 12 mars érysipèle de la face.

Pendant la dernière semaine de sa vie, les douleurs devinrent encore plus violentes et étaient exagérées par le moindre mouvement de la jambe gauche.

La mort survint le 16 mars au milieu d'un demi-délire causé probablement par la grande souffrance.

Autopsie : Tous les viscères sont sains, sur la face interne de l'os iliaque gauche, on trouve une tumeur grisâtre arrondie, volumineuse comme une orange qui comprime et divise les filets du nerf grand sciatique. L'os était ramolli au point de se laisser couper par le couteau. L'énoncé histologique démontra qu'il s'agissait d'un sarcome encéphaloïde.

OBSERVATION V (1)

Ostéo-sarcome de l'os iliaque droit

Constant V. . . ., 34 ans, entre le 2 Mai 1878 dans le service de M. Grancher.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : Scrofule, rougeole, paludisme.

Le 9 octobre 1877, le malade est pris brusquement d'une douleur au milieu du pli fessier, douleur si brusque et si intense qu'il tomba dans la rue. Relevé, il rentra seul chez lui à l'aide d'une canne. La douleur s'apaise la nuit et le malade reprend son travail le lendemain, souffrant de la hanche et boitant. Pendant deux mois la douleur reste localisée à la fesse. Par moment exacerbations de douleurs aux muscles par des frissons, sensation d'arrachement du membre inférieur. Les douleurs s'irradient jusqu'au genou, puis jusqu'au pied, enfin dans le membre du côté opposé.

Trois mois après le début apparition dans le pli inguinal droit, d'une masse ganglionnaire. Amaigrissement rapide, sueurs abondantes, constipation. A été traité successivement pour sciatique, fièvres intermittentes et douleurs rhumatismales.

A son entrée aspect anémique un peu cachectique.

Dans l'aîne gauche ganglion induré du volume d'une noisette. Au-dessus du ligament de Fallope, masse indurée du volume d'un œuf de poule. Dans l'abdomen tumeur du volume du poing au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche indurée, douloureuse à la pression. Douleurs en arrière de cette même articulation et au point d'émergence du sciatique. Par le toucher

(1) HAVAGE : *Th.* Paris 82.

rectal on n'arrive pas sur la tumeur. Toutes les nuits, crise douloureuse avec élévation de la température de 1 ou 2 degrés.

Le 14 juillet, la tumeur a gagné les 2 fosses iliaques et fait saillie sous la paroi abdominale. Elle paraît avoir 12 à 15 centimètres. Le malade sort sur sa demande.

N'a pas été revu.

OBSERVATION VI (1)

Ostéosarcome encéphaloïde de l'os iliaque gauche

William W. . . , 33 ans, entre à l'hôpital le 23 juin 1851. Pas d'antécédents héréditaires. Exerçant un métier pénible, il se nourrit bien, mais boit beaucoup et est syphilitique.

Deux ans avant son entrée à l'hôpital, il est pris soudainement pendant une course, d'une douleur aiguë dans le genou gauche, douleur s'irradiant en haut à la cuisse, en bas à la jambe. Il fut soigné à Westminster-Hospital par le docteur Hamilton Roe qui ne constata la présence d'aucune tumeur. Il sortit de l'hôpital, et 3 mois après vit apparaître au milieu du grand trochanter, une tumeur qui augmenta rapidement de volume. Il entra une seconde fois à Westminster-Hospital dans le service du docteur Lynn avec une tumeur ayant le volume d'un fromage de Hollande. Il était évident dès ce moment que la maladie était grave et qu'on ne pourrait lui opposer qu'un traitement palliatif.

C'est dans cet état que le malade entre à St-Bartholomens-Hospital dans le service du docteur Laurence. On constata alors que la tumeur avait envahi le tiers supérieur du fémur et toute l'aile de l'ilion dont on ne pouvait apprécier le relief. Depuis les 12 derniers mois la tumeur a fait de continuel progrès ; elle a doublé et est grosse comme deux têtes d'adultes.

(1) LAURENCE : The Lancet 1852.

Elle descend jusqu'à 5 pouces (12 cent. 5) du genou et englobe tout le côté gauche du bassin. Pendant toute la durée de sa maladie, le malade a beaucoup souffert et sa faiblesse est extrême. On la soulage en lui administrant de l'opium à l'intérieur. Mort au bout de quelques semaines de cachexie ; autopsie non faite.

OBSERVATION VII (1)

Sarcome de l'os iliaque droit

J'ai été appelé à voir en consultation une jeune fille de 18 ans, Mlle de X... que son médecin soignait infructueusement depuis plusieurs mois pour une sciatique nerveuse sans cause connue.

En examinant la région fessière, je trouvai profondément située dans les régions ischio-trachantérienne droite une tumeur dure, aplatie, qui dans les jours suivants, grossit d'une manière appréciable. Peu à peu cette jeune fille qui, jusque-là avait pu sortir malgré ses souffrances, fut condamnée au repos dans la chambre, puis ne put plus sortir de son lit, et avec une grande rapidité, la tumeur augmenta de volume, si bien qu'au moment de la terminaison fatale survenue un an après le début des douleurs les régions de la hanche et de la fesse étaient devenues tellement monstrueuses, qu'on se demandait si à lui seul le néoplasme ne pesait pas autant que le reste du corps. D'ailleurs l'émaciation du sujet était extrême ; la peau très pâle, avec de la gêne de la respiration et à l'auscultation des râles sous crépitants à la base des deux poumons, indiquant peut-être la présence de sarcomes pulmonaires secondaires.

On ne peut rien trouver, ni dans les antécédents de la famille, ni dans le passé de cette jeune fille pour expliquer la production de cette affection.

(1) DEMONS : Obs. VII. Th. GRIMARD : Bordeaux 96-97.

OBSERVATION VIII (1).

Ostéo-sarcome encéphaloïde de l'os iliaque droit.

Wilham D... 18 ans, entre à l'hôpital le 18 novembre 1851. La mère est morte de douleurs du cou et du genou.

Il y a 2 ans, il entra une première fois à l'hôpital à la suite d'une chute sur la hanche droite faite en courant. Il resta au lit longtemps, ne recommença à marcher qu'au bout de 2 mois mais se rétablit complètement. Vingt mois après cet accident il fut soudainement pris pendant qu'il jouait d'une douleur atroce siégeant exactement au point sur lequel il était tombé autrefois. Il ne put alors que marcher difficilement et le maximum de la douleur était à la partie postérieure et supérieure de l'iléon, s'irradiant jusqu'au genou ; il fut contraint de s'aliter.

Quand il entre à l'hôpital il est porteur d'une tumeur énorme développée en 6 mois ; cette tumeur envahit l'extrémité supérieure de la cuisse, la fosse iliaque, la moitié droite de l'abdomen depuis l'ombilic.

La portion la plus volumineuse de la tumeur est au-dessus du grand trochanter, et son volume total est celui d'un homme de taille moyenne. A la superficie de cette tumeur courent de grosses veines, et des vaisseaux lymphatiques qui ont le volume d'une plume de corbeau.

Le malade très-affaibli avait de l'œdème de membre inférieur droit et du scrotum. Diagnostics : sarcome encéphaloïde de l'os iliaque droit et de l'extrémité supérieure du fémur.

(1) LAWRENCE : Fhe Sanity. 1857

OBSERVATION IX (1)

Ostéo-sarcome de la fosse iliaque gauche.

Augustine M..., 54 ans, lingère, entre le 28 mai 1880 dans le service de M. le professeur Duplay pour un polype muqueux de l'utérus.

Pas d'antécédents héréditaires. Elle-même s'est toujours bien portée ; syphilis ? 5 grossesses normales, 5 enfants bien portants.

La malade était guérie de son polype quand on s'aperçut que son membre inférieur gauche s'œdématisait quand elle se fatiguait. Explorant alors la fosse iliaque, on trouva une tuméfaction dure, non douloureuse à la pression, qui fut traitée comme une exotose syphilitique.

La malade sortit de l'hôpital le 1^{er} septembre mais entra de nouveau le 4 septembre, à cause de l'augmentation de l'œdème. Elle est en péril depuis un mois et des douleurs extrêmement vives qui empêchent tout sommeil, ces douleurs siègent sur le côté gauche du bassin, et s'irradient dans tout le membre inférieur gauche jusqu'au pied ; elles se montrent surtout la nuit et n'occasionnent pas de mouvements pénibles.

Œdème peu prononcé, mais circulation veineuse collatérale très développée sur la paroi abdominale. La palpation fait voir dans la fosse iliaque gauche une tumeur arrondie, non douloureuse à la pression, et du volume d'une grosse pomme ; ganglions indurés dans les 2 aines, par le toucher vaginal on trouve les tumeurs faisant saillie dans le cul de sac latéral gauche et dans le cul de sac postérieur. Constipation habituelle.

(1) HAVAGE. *Tk.* Paris 82.

La malade est toujours couché esur le côté droit et tient son membre inférieur gauche dans le relâchement. A ce moment apparaît la fièvre qui dure toute la nuit et monte jusqu'à 40°. Cachexie très avancée.

Morte vers le 20 janvier 1896. Pas d'autopsie.

OBSERVATION X (1)

Sarcome de l'os iliaque gauche. Mort. — Autopsie.

André C..., 13 ans, entre à l'Hôpital le 19 janvier 1885, se plaignant de vives douleurs dans la hanche gauche. Il raconte que six semaines auparavant il est tombé sur le pavé, que sa hanche gauche a porté sur le sol, mais il n'y a prêté aucune attention.

Mais il y a trois semaines, il a commencé à souffrir de l'endroit traumatisé ; puis une tumeur est apparue qui a augmenté progressivement de volume jusqu'à maintenant.

Avant sa chute, il avait toujours joui d'une bonne santé. Aucune affection maligne dans sa famille.

A son entrée à l'Hôpital on le trouve pâle, abattu, l'air souffreteux. Sur l'os iliaque gauche, à 2 pouces (50 m/m) de la crête de l'os, on trouve une tumeur du volume d'un œuf de poule, assez étendue et faisant nettement corps avec l'os. Le 31 janvier on fait une ponction aspiratrice qui ne ramène qu'un peu de sang.

La tumeur augmente rapidement de volume, et le 10 février elle occupait toute la face externe de l'ilion, en même temps que la cachexie augmentait.

(1) KNIGHT. *Medical Times and Gazette*, 1885.

Le 9 mars la tumeur avait tellement augmenté de volume, qu'elle formait une masse énorme englobant les régions lombaires et inguinale gauches, atteignant en bas le ligament de Poupart, en haut l'extrémité inférieure de la cage thoracique. A cette époque, le malade ressentit une douleur névralgique très aiguë dans le membre inférieur gauche et ce membre s'œdématisa. Le 14 mars on observe une petite tumeur se développant sur le bord de l'orbite gauche.

Mort le 26 mars. Pendant son séjour à l'hôpital, la température resta uniformément élevée variant de 99° F. (37° 2 C.) à 101° F (38° 3 C.) et ayant exceptionnellement dépassé 103° F. (39° 5 C.) Pendant les dernières semaines, il eut de la rétention et on fut obligé de le sonder.

Autopsie : La tumeur prenait naissance sur l'os iliaque gauche, séparait la peau du muscle iliaque et atteignait la ligne médiane. En haut elle atteignait les dernières côtes ; en bas elle débordait le bassin et envahissait le haut de la cuisse gauche, comprimant la veine iliaque et le nerf crural. En désarticulant l'os iliaque on amena au dehors toute la tumeur ; elle pesait 8 livres 4 pouces (3 k. 75 g.). A la section, la tumeur parut gris jaunâtre, et laissa s'écouler une grande quantité de pus. Il avait généralisation viscérale presque totale. Examen microscopique : sarcome à petites cellules rondes.

OBSERVATION XI (1)

Sarcome secondaire de l'os iliaque gauche.

Enfant de 9 ans, intelligent, bien portant, ne présentant aucune particularité notable dans ses antécédents héréditaires ni personnels.

(1) GRIMARD. *Th. Bordeaux*, 96, 97. Obs. XII.

Il y a 5 mois on vit apparaître une tumeur dans la région fessière, tumeur qui ne s'accompagna d'aucun symptôme subjectif précis et à laquelle on ne peut attribuer aucune cause. Le médecin appelé à ce moment porta le diagnostic vague de tumeur bénigne. Mais l'augmentation progressive et rapide de cette tumeur, qui en 2 mois était passée du volume d'un œuf à celui d'une tête de fœtus à terme, fit que le médecin appelé amena l'enfant à Bordeaux pour le présenter à l'hôpital des enfants malades.

En examinant la fesse malade on voit que la peau à peu près normale est parsemée par des veinosités apparentes et soulevées par une saillie volumineuse séparée en 2 gros lobes peu nets, mous et présentant un aspect mamelonné uniforme.

La marche est possible, mais accompagnée d'une boiterie légère causée par des douleurs siégeant sur tout le parcours du nerf sciatique. Rien du côté de l'articulation coxo-fémorale. Mobilité très circonscrite surtout dans le sens vertical.

Les limites de la tumeur sont très difficilement appréciables, mais les régions voisines sont saines, sauf la portion interne du pli de l'aîne gauche, où on trouve un ganglion engorgé. Le toucher rectal ne révèle rien ; la lésion est ici localisée à l'intérieur du bassin.

On pense avoir affaire à un sarcome ayant débuté dans la masse des muscles fessiers et de leurs aponévroses et ayant envahi secondairement le plan osseux sous-jacent.

OBSERVATION XII (1)

Sarcome encéphaloïde pulsatile de l'os iliaque gauche

Homme de 53 ans, entré à Middlesex hôpital avec une grosse tumeur pulsatile dans la fosse iliaque gauche, de l'œdème du membre inférieur gauche et de la partie inférieure de la paroi abdominale. La tumeur avait précisément le siège d'un anévrisme de l'artère iliaque interne; elle était molle et dépressible en certains points; lobulée et plus ferme en d'autres points. Comme elle était assez volumineuse pour soulever les tissus voisins, les battements étaient visibles. Les pulsations soulevaient la main placée sur la tumeur; quand on saisissait la tumeur, on percevait un mouvement d'expansion très net et les battements augmentaient de force quand on comprimait l'artère fémorale.

Les pulsations étaient plus fortes aux points mous, et on trouvait l'artère iliaque externe courant sur la portion antérieure de la tumeur; l'auscultation y faisait néanmoins un souffle net.

Le 1^{er} symptôme de la maladie datait de 3 mois; la douleur était vive et avait le caractère pulsatile.

Le diagnostic qui fut porté tout d'abord, fut : agglomération d'adénites iliaques. Mais comme pendant les 8 jours où elle fut observée, la tumeur augmenta de volume, que ses battements s'accrurent, qu'il se forma un nouveau lobe, que la circulation au-dessous se ralentit à ce moment, on pensa avoir sous les yeux un anévrisme dans la poche duquel s'était coagulée une certaine quantité de sang. Comme les douleurs et la tumeur augmentaient, on fit la ligature de l'artère iliaque primitive. Mort 43 heures après.

(1) MOORE, *Th. Lancet* 1822.

Autopsie : La tumeur était un encéphaloïde de l'ilion entouré d'un véritable cercle artériel ; l'iliaque externe en avant, l'iliaque interne en arrière, l'obturatrice en bas. Les branches de l'iliaque interne passaient à travers la tumeur. Noyaux secondaires dans les reins et la prostate.

L'urine examinée au microscope après la mort, contenait un grand nombre de cellules cancéreuses. Si cet examen eut été fait pendant la vie, on aurait évité l'erreur de diagnostic avec l'anévrisme.

OBSERVATION XIII (I) (résumé)

*Tumeur sarcomateuse. — Incision. — Accouchement
par le forceps*

La tumeur s'opposant à l'abouchement, partait du voisinage de l'articulation sacro-iliaque, occupait les 2/3 du détroit supérieur, s'étendait dans l'excavation pelvienne et se terminait par une masse globuleuse du volume d'un œuf de dinde. Elle donnait au toucher une sensation de résistance comme de nature fibreuse ; mais en même temps un certain degré d'élasticité. Elle s'étendait dans toutes les directions à sa base qui était solidement implantée, et résistait à tout effort de déplacement soit en haut, soit latéralement.

Ponction exploratrice : Le trocart introduit par le vagin dans la partie la plus libre de la tumeur, ne donna issue à aucun liquide, et cependant on sentait que la pointe se mouvait librement dans tous les sens, ce qui indiquait qu'on avait pénétré dans une cavité, mais dont le contenu n'était probablement ni liquide, ni semi-liquide. En incisant avec le bistouri les parois

(1) CHAPMANN : *Archives de toxicologie*, 1881.

épaisses et fibreuses de cette cavité, on vit sourdre une substance de la consistance de la matière cérébrale.

La tumeur s'affaissa et on put aussitôt terminer l'accouchement; l'enfant était mort, la mère mourut 6 jours après de péritonite.

OBSERVATION XIV (1)

Sarcome du fémur droit. — Désarticulation de la cuisse. — Récidive de l'os iliaque. — Désarticulation de l'os iliaque.

Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans, atteinte depuis un an environ d'un énorme ostéo-sarcome du tiers supérieur du fémur droit; entrée dans notre service le 2 avril 1894. A ce moment les parties molles environnant l'articulation coxo femorale paraissaient être encore saines; les mouvements dans cette articulation n'étaient que peu gênés; l'état général n'était pas mauvais. La désarticulation de la cuisse s'imposait.

L'opération proposée fut malheureusement refusée; la malade rentra chez elle et se fit traiter par des empiriques.

Environ 8 semaines plus tard, la tumeur ayant continuée à croître jusqu'à déborder tout autour de l'articulation de la hanche, et ayant amené de grandes douleurs par suite de compressions nerveuses, la malade se fit de nouveau recevoir dans notre service, décidée à subir l'opération proposée.

A ce moment on constata en résumé l'état suivant: Cuisse droite en légère flexion, les contours supérieurs de l'énorme tumeur s'appuient contre la surface externe du bassin.

Diminution considérable de l'amplitude des divers mouvements de l'articulation coxo-fémorale, bien que celle-ci parût être encore intacte. Amaigrissement, teint cachectique.

(1) GIRARD; *Congrès français de chirurgie* 1895.

Notre première idée fut de proposer non plus la désarticulation de la cuisse, mais l'amputation inter pelvienne ou supra iliaque, la simple désarticulation de la cuisse risquant fort d'être suivie de récédive à plus ou moins bref délai.

Néanmoins vu l'état général peu encourageant, nous crûmes devoir nous abstenir de tenter une opération aussi sérieuse et d'une exécution plus laborieuse et plus longue, dans des circonstances si peu favorables. Nous procédâmes donc le 25 mai 1894 à la désarticulation de la cuisse après ligature préalable de l'artère crurale au-dessous du ligament de Poupart. Les suites furent très simples, pas de suppuration, guérison facile.

L'état général s'améliora rapidement. La malade resta encore quelque temps à l'hôpital pour être surveillée; le 24 juillet 1894 elle rentrait dans sa famille, munie d'un appareil prothétique.

Au commencement de l'année 1895, elle rentrait à l'hôpital avec une récédive étendue et adhérente à la surface entière du bassin. La fosse iliaque paraissait indemne.

L'opération de la désarticulation de l'os iliaque fut proposée, mais sur les instances de la famille il fut convenu qu'on tenterait préalablement un traitement par des injections de toxines de streptocoques que nous fournit le Dr Tavel, directeur du laboratoire de bactériologie de l'Université de Berne. Malgré des réactions fébriles très accentuées, on n'obtint aucune amélioration.

Le 27 mars 1895, nous pratiquons l'amputation interpelvienne :

Anesthésie à l'éther. Ligature préalable de l'Artère et de la Veine iliaques externes que l'on trouve de calibre diminué.

Dissection d'un lambeau cutané antérieur allant de la symphyse à l'articulation sacro iliaque. Exquisse d'un lambeau cutané postérieur c'est-à-dire fessier allant par derrière de la symphyse à l'autre extrémité, de l'incision antérieure. Section du pubis avec la scie droite parallèlement et à côté de la symphyse de manière à conserver l'insertion du muscle droit de l'abdomen.

Section de toutes les insertions la long du bassin, de la symphyse jusqu'au bord du sacrum en suivant la crête, et détachement graduel des parties molles à la surface interne de l'os iliaque, en se tenant au début sous le muscle iliaque.

On arrive ainsi peu à peu dans la profondeur et la malade étant couchée sur le côté gauche, on pénètre sans difficulté jusqu'à la région antérieure de la synchondrose dont les ligaments sont sectionnés. On peut alors faire basculer l'os iliaque en dehors, ce qui donne le jour nécessaire pour trancher toutes les parties molles qui tiennent encore, entre autres le nerf et les vaisseaux sciatiques. L'opération est terminée par l'achèvement du lambeau cutané postérieur, la section des ligaments postérieurs de l'articulation sacro iliaque, et le dégagement de l'ischion.

Après irrigation de la vaste plaie avec une solution de parachlophénol au demi pour 100, 3 étages au catgut fournissent l'affrontement des surfaces de la plaie. De plus large drainage par 3 ouvertures et une suture cutanée.

Suites de l'opération très favorables, à part une rétention d'urine qui dura quelques jours.

Au bout de trois semaines on permit à la malade de se lever, et celle-ci, six semaines après l'opération, rentrait en parfait état dans sa famille.

Malgré l'ablation de tout l'os iliaque droit, il n'y eut pas de hernie, et pas d'altération dans les fonctions intestinales.

La station debout eut lieu à l'aide de béquilles comme un désarticulé de la cuisse muni d'une jambe artificielle. La position assise malgré la suppression d'un ischion, se maintint facilement, la malade s'étant vite habituée à être assise sur une seule fesse. Elle put rester de longues heures sur une chaise ou dans un fauteuil en tricotant ou en lisant.

La malade est morte de métastases internes au commencement de l'année 1896 sans que l'autopsie ait pu être pratiquée. Le résultat fonctionnel de l'opération était très satisfaisant.

puisqu'il n'y avait aucun trouble viscéral et que la marche à l'aide de béquilles s'accomplissait absolument de la même façon que chez les désarticulés de la hanche.

OBSERVATION XV (1)

*Ostéo-sarcome de l'os iliaque droit. Ablation totale de cet os.
Suivie d'au moins 12 ans*

Le malade âgé de 55 ans a été opéré en décembre 1885 avec des articulations de la synchondrose sacro-iliaque et incision de la moitié du bassin à l'exclusion du sacrum et du coccyx inclus, l'articulation coxo fémorale et la tête du fémur.

Renvoyé au bout de trois mois, il marchait avec des béquilles. Le 13 juillet 1888, il s'est présenté à la clinique et nous a dit qu'il a fait les travaux de campagne et marche pendant une heure sans trop se fatiguer. Il n'a jamais eu de douleurs. Il boîte du côté droit, mais marche sans bâton à peu près comme les individus réséqués de la hanche. Il marche sur la pointe du pied droit. Le genou est un peu fléchi, le quadriceps femoris se contracte parfaitement. Atrophie modérée des trois quarts inférieurs de la cuisse et de la jambe. La position ne laisse rien à désirer.

Il peut s'asseoir très bien et étendre le genou quand il est assis. Il porte la jambe en avant et en arrière avec le bassin étant debout. Pas d'abduction.

Dans la position horizontale, la jambe est en rotation en dehors. Raccourcissement de 10 centimètres. La rotation active se fait très bien; elle est beaucoup plus étendue en dehors. Flexion active du fémur à 105 degrés. Extension complète,

(1) KOCHER. In traité des Réactions d'Ollier.

mouvements passifs d'une étendue normale. L'extrémité supérieure du fémur se trouve au niveau de la place qu'occupait l'épine antéro supérieure de l'ilium ; elle est un peu mobile en haut et en bas.

L'artère fémorale présente des sinuosités successives jusqu'à l'anneau des adducteurs ; sous la partie antérieure du ligament de poupart, on sent une pointe de hernié. On peut sentir très facilement la partie latérale de la colonne vertébrale et la face articulaire du sacrum. Deux des symphyses transverses des vertèbres lombaires sont senties directement sous la peau. Sur le côté du sacrum un doigt introduit dans le rectum et un autre placé extérieurement se touchent très bien. La longueur de la cicatrice opératoire est de 27 centimètres. Le grand bassin se contracte très bien.

Le malade vivait encore douze ans après l'opération.

OBSERVATION XVI (1)

Ostéo-sarcome du bassin ayant simulé une sacro-coxalgie

Joséphine M..., blanchisseuse, entre le 6 mai 1880 dans le service du professeur Trélat.

Antécédents héréditaires et personnels : nuls.

La maladie a débutée il y a 2 mois par des douleurs dans la hanche et dans le membre inférieur. Diminution de l'appétit, amaigrissement rapide, suppression des règles, marche de plus en plus difficile puis impossible. La jambe est fléchie sur la cuisse et la cuisse sur le bassin. L'examen physique et fonctionnel de la hanche montre que l'articulation coxo-fémorale est intacte.

On trouve dans la région sacro-iliaque droite une tuméfaction considérable, vaguement fluctuante, limitée supérieure-

(1) BERTHEAUT, in thèse Havage.

mient par la crête iliaque, dépassant un peu en arrière l'articulation sacro-iliaque, s'arrêtant en avant et en bas à 5 centimètres du grand trochanter.

Douleur très vive à la pression, douleur suivant le trajet du sciatique, mais surtout à la jambe et au pied. Température oscillant autour de 39°, dépassant parfois 40°.

Diagnostic : Sacro coxalgie droite avec abcès profond et ostéite iliaque névralgie sciatique symptomatique.

Douleurs très vives, eschare au sacrum, diarrhée profuse, mort dans la cachexie.

A l'autopsie on trouva une tumeur résistante située en avant de l'articulation sacro iliaque et envoyant un prolongement dans le bassin par l'échancrure sciatique. Le nerf sciatique se trouve en rapport avec les tumeurs, mais ne paraît pas altéré. Pus dans le genou gauche.

L'examen histologique fait par M. Déjerine démontra que la tumeur était un sarcome.

OBSERVATION XVII (1)

Sarcome de l'os iliaque gauche

Une jeune femme de 25 ans, ayant eu 2 enfants dans de bonnes conditions, l'un à 20 ans, l'autre à 23 ans, anémique depuis son enfant, sans antécédents héréditaires notables, éprouve dans la fesse gauche des douleurs d'abord légères, puis plus vives qui s'irradièrent bientôt le long du nerf sciatique et furent considérées par son médecin comme appartenant très réellement à une névralgie sciatique. Le traitement médical anti-névralgique n'amena aucune amélioration.

(1) GRIMARD. Th. Bordeaux, 96, 97.

Lorsque nous examinâmes le malade, nous trouvâmes dans la fosse iliaque interne une tumeur vagoement délimitée qui descendait en bas jusqu'à la tubérosité ischiastique, et qui en haut atteignait le presque le bord supérieur de l'ilium. La jeunesse du sujet, son anémie de date ancienne, une certaine mollesse de la tumeur, firent croire à plusieurs confrères qui nous assistaient qu'il s'agissait d'une ostéite tuberculeuse avec abcès ossifluent. Nous appuyant de notre côté sur les caractères de la tumeur, sur l'absence incontestable de fluctuation, sur cette considération qu'une ostéite tuberculeuse de cette étendue en admettant qu'elle existât, eût déjà certainement donné lieu à des abcès manifestes, enfin sur la violence des douleurs qui s'accordait mieux avec l'idée d'une tumeur osseuse, nous soutîmes l'opinion qu'il s'agissait d'un ostéo-sarcome. En effet 2 ponctions exploratrices faites coup sur coup avec l'aspirateur de Dieulafoy ne ramenèrent que du sang pur.

Nous ne revîmes pas la malade qui mourut 2 mois plus tard avec une grosse tumeur bombée, après s'être affaiblie rapidement.

OBSERVATION XVIII (1)

Tumeur de la paroi gauche du bassin. Opération césarienne

Il s'agissait d'une femme de 30 ans accouchée par le forceps 18 mois auparavant. Cette femme était en travail, la poche des eaux était rompue.

Le périnée était tellement bombé que l'on crut tout d'abord qu'une tête d'enfant menaçait de passer entre la vulve et l'anus. L'erreur ne dura qu'un instant. En effet en pratiquant le toucher vaginal, le doigt était déjeté à droite par une tumeur

(1) PATÉGAT : Gaz des Hop. 1840.

elliptique énorme. Cette tumeur était dure indolente légèrement rénitente. Elle siégeait sur la face concave du sacrum, occupait ainsi la petite excavation pelvienne, et s'étendait au détroit supérieur, de telle sorte que l'on ne rencontrait que quelques millimètres entre la tumeur et les branches descendantes du pubis.

Au-dessus du détroit supérieur l'extrémité de l'index parcourait une surface de 27 millimètres au plus de diamètre que l'on reconnaissait par le cuir chevelu appartenir à une tête d'enfant, mais dont il n'était pas possible de donner la position. C'est la tumeur qui faisait bomber le périnée, poussée par la tête à chaque contraction utérine.

On fit l'opération césarienne et on eut un enfant vivant ; mais la mère mourut de péritonite au bout de 48 heures. A l'autopsie on trouva une tumeur fibro-cellulaire du volume d'une tête de fœtus à base implantée sur le pubis gauche.

OBSERVATION XIX (1)

*Tumeur sarcomateuse. — Incision. — Accouchement
par le forceps*

La tumeur s'opposant à l'accouchement partant du voisinage de l'articulation sacro-iliaque, occupait les demi tiers du détroit supérieur, s'étendant dans l'excavation pelvienne et se terminait par une masse globuleuse du volume d'un œuf de dinde. Elle donnait au toucher une sensation de résistance, comme de nature fibreuse, mais en même temps un certain degré d'élasticité. Elle était solidement plantée et résistait à tout effort de déplacement soit en haut soit latéralement. Ponction en-

(1) CHAPMANN. *Arch. de Tocologie* 1851.

exploratrice : Le trocart introduit par le vagin dans la partie la plus libre de la tumeur ne donna issue à aucun liquide ; et cependant on sentait que la pointe se mouvait librement dans tous les sens, ce qui indiquait qu'on avait pénétré dans une cavité mais dont le contenu n'était probablement ni liquide, ni semi-liquide. En incisant avec le bistouri les parois épaisses et fibreuses de cette cavité on vit sourdre une substance de la consistance de la matière cérébrale.

La tumeur s'affaissa et on peut aussitôt terminer l'accouchement par le forceps. L'enfant était mort, la mère mourut 6 jours après de péritonite.

OBSERVATION XX (résumé) (1)

Opérations de Porro pour sarcome de l'os iliaque droit

M. P. 32 ans.

Père mort de pleuropneumonie ; mère scrofuleuse.

Réglée à 15 ans, régulièrement, elle se maria à 22 ans ; et 3 accouchements précédèrent sa dernière grossesse qui se passa sans autre accident qu'une toux légère et des douleurs intermittentes dans le membre abdominal tout le long du nerf sciatique.

Au commencement du travail douleurs fortes, régulières, mais rien ne descendait. Ce fut à ce moment que le médecin appelé put constater l'existence d'une tumeur volumineuse au point de simuler la tête du fœtus, mais un examen attentif démontra l'existence d'une tumeur volumineuse occupant le détroit inférieur, moins un petit espace à gauche reste libre, mais si étroit qu'on ne pouvait arriver ni sur la poche des eaux ni sur les parties fatales.

(1) De l'opération césarienne suivie de l'opération de Porro. PINARD.

Appelé à mon tour je fis le diagnostic d'ostéosarcome développé aux dépens du Pubis et de l'Ischion du côté droit.

Comme il était impossible d'enlever la tumeur, il ne restait que la ressource de pratiquer l'opération césarienne en enlevant l'utérus et les annexes pour diminuer les chances d'infection et pour éviter la compression des organes voisins.

Cette opération fut faite mais la femme mourut le 4^e jour. A l'autopsie on trouva un énorme sarcome, globo cellulaire remplissant tout le petit bassin et de plus des signes de péritonite.

CONCLUSIONS

1° L'ostéo-sarcome de l'os iliaque évolue habituellement en trois périodes : douleur, tumeur, cachexie.

2° Il peut revêtir des formes multiples, variables suivant le symptôme prédominant (forme douloureuse), suivant l'âge, suivant la variété anatomique et suivant le mode d'évolution.

3° Les complications du sarcome sont très fréquentes et empêchent souvent le malade d'arriver à la troisième période. Parmi les complications les plus fréquentes, nous nous contenterons de rappeler ici : la généralisation, la compression des organes pelviens, les accidents obstétricaux, les hémorrhagies.

4° Le diagnostic est parfois difficile. Les tumeurs des organes pelviens, les adénités iliaques, les affections tuberculeuses de l'os coxal, l'ostéomyélite chronique et les kystes hydatiques prêteront particulièrement à la confusion.

5° Le pronostic est fatal rapidement sans intervention qui n'a d'ailleurs quelques chances de succès que dans les cas où elle est pratiquée hâtivement.

Vu : le Président de la Thèse,
TILL AUX.

Vu :
Le Doyen de la Faculté,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Bulletin de l'Académie de Médecine*, 9 mars 1897.
BERTHAUT. — In *thèse* de Havage, Paris 1882.
BAR. — In *thèse* de Vaille, Paris, 1891.
CASSAN. — *Thèse*, Montpellier 1880.
COUTRY. — Art. Bassin in *Dict. de Dechambre*.
CHAZE. — *Thèse*, Bordeaux 1896.
GIRARD. — *Congrès français de Chirurgie*, 1896.
GRIMARD. — *Thèse*, Paris 1896-97.
HAVAYE. — — — 1884.
PINARD. — De l'opération césarienne, suivie de l'opération de Porro.
ROUX. — *Congrès français de Chirurgie*, 1887-1898.
TAILLE. — *Thèse*, Paris 1891.
DUPLAY et RECLUS. — *Traité de Chirurgie*.
LE DENTU et DELBET. — *Traité de Chirurgie*.
-

